FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935 — No —

THÈSE

803

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

RAMON BREA

Né le 6 août 1908 à San Pedro de Macoris (République Dominicaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBRO-MYOMES DE L'ESPACE DE RETZIUS

Président : M. CUNÉO, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, Boulevard St-Germain, 91

1935

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551624_0061

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

RAMON BREA

Né le 6 août 1908 à San Pedro de Macoris (République Dominicaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBRO-MYOMES DE L'ESPACE DE RETZIUS

Président : M. CUNÉO, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, Boulevard St-Germain, 91

1935

LE DOYEN ..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE. MOCQUOT.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
BOULIN ..... Pathologie médicale.
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA ..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER .... Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY ..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET ..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENAU ..... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD ..... Pharmacologie.
HUGUENIN ..... Anatomie pathologique.
JOANNON ..... Hygiène.
LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
LACOMME ..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY..... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU ..... Pathologie médicale.
MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN ..... Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
PORTES ..... Obstétrique.
RICHET ..... Physiologie.
SANNIÉ..... Chimie biologique.
SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
TROISIER ..... Pathologie expérimentale
TURPIN ..... Pathologie médicale.
VIGNES ..... Obstétrique.
WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale
J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ABRAMI .....
ALAJOUANINE ..
AUBERTIN .....
BRULÉ .....
CHABROL.....
CHIRAY .....
DONZELOT .....
DUVOIR.....
LIAN .....
PASTEUR - VALLERY - RADOT .....
SÉZARY .....

} Clinique médicale.

MM.

BASSET .....
BROCQ.....
CADENAT.....
GATELLIER .....
HEITZ-BOYER ...
MOURE .....
QUENU .....
SCHWARTZ .....
VELTER .....

} Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE .....
GUÉNIOT .....
LE LORIER.....
LÉVY-SOLAL ....
METZGER .....

} Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ..... Education physique
LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ ..... Puériculture.
FREY ..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA TANTE JOSEFA NENSI MESSINA

Qui a été pour moi une véritable mère. Bien faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MONSIEUR LORENZO SANCHEZ RIJO
Avocat

A MES FRÈRES

ANTONIO, MARIA ET RHINA

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur B. CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse. Avec toute ma reconnaissance.

A MON MAITRE F. M. CADENAT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Hommage de profonde reconnaissance pour ses conseils et pour la bienveillance dont il a su nous accueillir dans son service.

A MON MAITRE ET AMI ALBERT DURUY

Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage sincère, pour tous les conseils qu'il nous a prodigués.

A MON AMI MANUEL MORENO TINAJERO

Interne des Hôpitaux

Témoignage de ma grande amitié.

A MON MAITRE ET AMI R. HAZARD

Professeur Agrégé à la Faculté de Paris

Témoignage de ma vive reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur BEZANÇON.
Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*).
Monsieur le Docteur LAUBRY.
Monsieur le Docteur CADENAT.
Monsieur le Docteur ABRAMI.
Monsieur le Docteur LESNÉ.
Monsieur le Professeur GUILLAIN.
Monsieur le Docteur SEZARY.
Monsieur le Docteur CATHALA.
Monsieur le Professeur LEMIERRE.
Monsieur le Professeur CLAUDE.
Monsieur le Professeur TERRIEN.
Monsieur le Professeur MARION.
Monsieur le Professeur LEMAITRE.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE SAINT-DOMINGUE

INTRODUCTION

Si les lésions aiguës de la région prévesicale de Retzius sont relativement fréquentes et bien étudiées, par contre les tumeurs n'ont pas donné lieu jusqu'ici à une étude d'ensemble et les exemples cités dans la littérature médicale sont rarissimes.

Les observations qu'on possède sont évidemment trop peu nombreuses pour pouvoir en extraire un tableau clinique complet et précis, pour établir une symptomatologie détaillée. Quelques observations manquent de faits cliniques et ne sont que des trouvailles d'autopsie, d'autres, manquent de contrôle anatomique et histologique. Je ne les publie qu'à titre documentaire.

Je m'efforcerai donc de faire ressortir quelques faits, les plus saillants, d'attirer l'attention sur la présence de ces tumeurs dans l'espace de Retzius et de montrer qu'il faut y penser dans certains cas.

Nous envisagerons tout d'abord l'anatomie de la région, nous tâcherons ensuite de tirer quelques faits cliniques des observations en y faisant une place au diagnostic différentiel ; enfin, avec des probabilités et des hypothèses plus nombreuses que les données

réellement scientifiques, nous tâcherons d'éclaircir sa pathogénie.

On sait combien est discutée l'étiologie des fibromes et combien de théories se sont succédé pour expliquer leur présence. La cavité de Retzius a tous les éléments nécessaires pour satisfaire aux différentes hypothèses.

C'est à mon maître M. le Professeur agrégé F. M. Cadenat que je dois l'inspiration de ce travail et l'observation inédite que je publie. Qu'il veuille bien trouver ici mes rémerciements les plus sincères et une preuve de ma très grande reconnaisance.

ANATOMIE

Historique. — Retzius, anatomiste suédois, présente en 1856 à l'Académie de Stockholm une description sur la cavité prévésicale. Const. Paul publie ce travail dans le *Bulletin de la Société d'anatomie* en 1862. Bouilly en 1882 reprend son étude et en modifie certains concepts.

Voici en quelques mots la description que donne Rouvière de la cavité de Retzius siège des lésions que nous étudierons. Elle est constituée par deux parois :

Une antérieure :

Constituée en bas, c'est-à-dire dans le bassin, par la symphyse du pubis, par le pubis et le plancher pelvien ; plus haut, par la paroi abdominale antérieure que tapisse profondément le fascia transversalis.

Une postérieure ou profonde :

Formée par l'aponévrose ombilico-prévésicale. On donne ce nom à un feuillet fibro-celluleux contourné en demi-cône, dont la concavité postérieure embrasse la face antérieure de la vessie, de l'ouraque et les artères ombilicales. Le sommet de cette lame est à l'ombilic.

Sa base se fusionne avec l'aponévrose pelvienne sui-

vant une ligne courbe qui s'étend d'une grande échancrure sciatique à l'autre en passant au devant de la vessie.

Ses bords latéraux, s'insinuent à la face profonde du péritoine en dehors des artères ombilicales.

Sa face antérieure est séparée du fascia transversalis, en haut, de la symphyse pelvienne en bas, par un tissu cellulaire lache qui comble l'espace de Retzius.

PATHOGÉNIE

Un premier fait qui nous paraît évident c'est que les tumeurs fibreuses de la cavité de Retzius obéissent en règle générale, dans le mécanisme histopathologique de leur développement, aux mêmes lois que tous les autres fibromes (utérins, pariétaux). Nous ne reprendrons donc pas l'exposé des théories bien connues sur leur mécanisme.

Ce qui nous reste à prouver, c'est que la cavité de Retzius, limitée de toutes parts par des parois conjonctivo-musculaires, contient tous les éléments propices au développement de ces tumeurs.

En avant, c'est la paroi abdominale, sur la constitution tissulaire de laquelle nous n'aurons pas à insister.

La paroi postérieure de l'espace, chirurgicalement comprise, est faite du péritoine et de la vessie. Mais, en réalité, elle est constituée par une formation spéciale, bien que moins distincte, l'aponévrose ombilico-prévésicale.

En effet, l'opinion la plus généralement admise, depuis les travaux de Cunéo et Veau est celle qui fait

dériver l'aponévrose ombilico-prévésicale de la coalescence des feuillets péritonéaux, pariétaux et viscéraux, de part et d'autre du mesocyste primitif. Cette aponévrose a donc la valeur d'un fascia d'accollement duquel les éléments endothéliaux ont disparus, pour ne laisser subsister que les lames conjonctives sous-séreuses.

Telle est, disons-nous, l'opinion la plus courante.

Nous devons, cependant, rappeler celle d'Ancel pour qui la disparition du mesocyste primitif se fait, non pas par accolement, mais par déplissement des feuillets péritonéaux. Suivant cette théorie, la paroi vésicale et, plus haut, l'ouraque et le péritoine, formeraient bien, sans interposition d'autre tissu, la paroi postérieure de l'espace de Retzius.

Quant à la question de savoir aux dépens de quelle partie de ces parois se fait le plus souvent la métaplasie fibromateuse, l'insuffisance de nos moyens d'investigation nous oblige à rester dans le champs des hypothèses. *A priori* l'on peut croire que ces tumeurs naissent indistinctement d'une partie quelconque de la cavité, — paroi ou tissu de remplissage — pouvant être ou non reliées à l'enceinte par un pédicule qui peut persister ou s'atrophier par la suite.

Nous terminerons ces quelques considérations en attirant l'attention sur une hypothèse qui ne nous paraît avoir été émise que dans notre observation inédite : celle de l'origine de la tumeur aux dépens de la paroi vésicale ou du cordon fibreux de l'ouraque. Cette hypothèse est parfaitement soutenable em-

bryologiquement. En outre, il existe des observations de fibromes d'origine vésicale développés dans le petit bassin, mais qui ne diffèrent de ceux que nous étudierons que par leur topographie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les éléments nous manquent pour écrire réellement ce chapitre. Nous nous contenterons de grouper et mettre en valeur les données éparses dans nos observations.

Anatomie macroscopique. — Toutes les tumeurs extirpées étaient d'un volume assez important.

Arrondies ou plus ou moins aplaties dans le sens frontal.

Lisses ou bosselées.

Leur consistance va de la dureté fibreuse à la rénitence élastique.

Le cas de notre observation ressemblant macroscopiquement à une tumeur kystique, l'examen histologique seul montra qu'il s'agissait d'un fibrome en dégénérescence colloïde.

Elles sont toujours parfaitement encapsulées et leur loge est très nettement limitée par le fascia transversalis en avant, par le péritoine en arrière. Certaines ont pu être extirpées sans ouvrir celui-ci. Elles pourraient, cependant, adhérer à ces deux feuillets, ainsi qu'il est noté dans quelques-unes de nos observations.

L'adhérence à la vessie, par contre, ne figure qu'une fois, dans le protocole d'autopsie que nous publions (Obs. VIII). Dans tous les autres cas, les rapports de la tumeur avec cet organe paraissent macroscopiquement, des rapports de simple voisinage.

L'existence d'un pédicule nourricier paraît contin-

gente. Celui-ci faisait entièrement défaut dans le cas opéré par M. Cadenat. Dans un autre (Obs. II) il était très petit. Faut-il croire que, dans ce cas, la tumeur se nourrissait par simple imbibition ? Cependant, la tumeur de l'Observation (I) était kystique remplie d'une substance colloïde et ses éléments cellulaires se trouvaient en nécrose colloïdo-kystique. Celle de l'observation (II) était aussi, partiellement kystique. Entre cet état kystique et l'absence ou la petitesse du pédicule il y a, peut-être, un rapport de cause à effet.

Les tumeurs qui avaient un pédicule se sont montrées, en effet, entièrement solides et fibreuses.

Nature histologique. — Tous les cas répondent au type du fibro-myome banal.

Le tissu fibreux paraît de même nature que le cellulo-conjonctif qu'emplit l'espace de Retzius. Dans un cas (Obs. III), il est de même noté qu'on trouve tous les intermédiaires entre ces deux tissus. Dans ce même cas, on a trouvé des cellules conjonctives embryonnaires au sein des mailles conjonctives et des lobules graisseux en voie de transformation fibreuse.

Dans l'ensemble, rien que de très banal comme nature histologique.

Peut-on conclure que ces tumeurs ont toujours pris naissance dans le tissu cellulo-conjonctif de l'espace de Retzius ou dans les aponévroses voisines ? Dans quelques-unes de nos observations cette conclusion est exprimée. Notre observation inédite, par contre, souleva l'hypothèse d'une origine vésicale ou de l'ouraque.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Le début est insidieux, la tumeur étant en général le premier symptôme. Ce n'est que par hasard, car aucune douleur n'attire l'attention, que les malades constatent la présence d'une grosseur sous la paroi abdominale, siégeant dans la région hypogastrique, presque symétrique par rapport à la ligne médiane, mais pouvant la déborder à droite ou à gauche.

Les téguments sont sains et ne présentent aucune altération à la vue.

Augmentant progressivement, assez rapidement parfois, la tumeur acquiert dans son évolution des volumes variables : poing, tête de fœtus etc. Elle peut devenir énorme, atteignant le rebord costal, comme dans notre observation inédite.

Sa limite supérieure, est en relation avec les dimensions de la tumeur. Elle peut rester à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, d'autres fois elle remonte jusqu'au rebord costal. Elle est en général, nette et facile à percevoir.

Sa limite inférieure, donne l'impression de plonger derrière la symphyse pubienne, les droits de l'abdomen passant manifestement au devant la tumeur.

A la palpation, elle est rénitente, dure, indolore, lisse ou bosselée.

Mate à la percussion, contrastant avec la sonorité des fosses iliaques qui se laissent facilement déprimer délimitant ainsi la tumeur.

La masse est parfois fixe, immobilisable, d'autres fois elle se déplace légèrement vers un côté ou vers l'autre, tout depend, je crois de ses dimensions. Dans ce cas elle est mobile sous la paroi abdominale et la contraction des muscles ne la fixerait pas davantage. Sa mobilité en tout cas, est uniquement transversale. Elle est immobile du haut en bas.

Au toucher vaginal on sent la tumeur se prolonger derrière la symphyse pubienne et faire saillie au niveau de la paroi vaginale antérieure. Parfois on sentirait entre la tumeur et l'utérus une masse mollasse qui correspondrait à la vessie, signe difficile à percevoir mais qui peut être de grande valeur (Obs. VI).

Les culs de sac sont libres.

En combinant ce toucher au palper abdominal, le doigt vaginal perçoit, en général, les mouvements imprimés à la tumeur et ces mouvements ne sont pas transmis à l'utérus dont la mobilité reste indépendante. Si ceci est vrai pour les petites tumeurs, dans les grands néoplasmes la masse tumorale semble faire corps avec l'utérus et cette impression n'existe pas. La diagnostic avec fibrome utérin devient alors très embarrassant. Tel a été le cas dans notre observation et dans la suivante.

Troubles fonctionnels. Les seuls qui paraissent à peu près constants sont les troubles utérins. Dans presque toutes nos observations on a noté l'existence d'hémorragies, allant de la simple augmentation de la durée et de l'abondance des règles jusqu'à de véritables métrorragies.

C'est là un symptôme qui contribue à accumuler la ressemblance entre les tumeurs de l'espace de Retzius et les fibromes utérins et à rendre plus difficile le diagnostic entre les deux lésions.

L'absence de tout trouble vésical, contrairement à ce qui se passe dans les lésions inflammatoires de la région, mérite d'être notée comme un signe négatif d'une certaine valeur. Dans une seule de nos observations on a noté la présence d'urine fétide et ammoniacale.

Ces tumeurs sont, enfin, indolores et n'entraînent aucune gêne, sauf si leur développement devient énorme. Et alors leur symptomatologie est celle de toutes les grandes tumeurs abdominales, sans plus. Leur évolution se passe, de même, de tout retentissement sur l'état général. En somme, ces tumeurs ont une symptomatologie pauvre de tout signe caractéristique permettant d'affirmer le diagnostic.

Donc, de cet aperçu clinique on peut retenir :

— Tumeur médiane de volume variable, à point de départ hypogastrique, augmentant progressivement de volume.

— Métrorragies fréquentes.

— Pas de troubles urinaires.

C'est en y pensant qu'on éliminera le cancer de l'épiploon chez l'homme ; le fibrome utérin et le kyste de l'ovaire chez la femme, d'autant plus que les troubles menstruels, le déplacement du col, les mouvements imprimés à la tumeur et transmis au corps rapprochent considérablement leur analogie.

On éliminera aussi bien chez l'homme, que chez la femme : Les kystes hydatiques (Observations de Daveine, Richet, Lesauvage, Gasbarni), tumeur évoluant insidieusement sans signes généraux. Les réactions de Casoni et Weimberg, seront d'ailleurs, un argument décisif pour ou contre ce diagnostic.

— Les fibromes pariétaux, fixés par la contraction des muscles de la paroi abdominale antérieure.

— Les kystes de l'ouraque.

— Les hématomes seront aisément éliminés par la notion de traumatisme.

— Les exostoses pubiennes, rares (Obs. de Cooper, Robert, Cloquet, Bernost).

— Les corps étrangers (Obs. de Lœder) de même que les enchondromes de Virchow sont vraiment exceptionnels.

Comme on voit le diagnostic clinique est très difficile. Peut-on s'aider des recherches ou examens spéciaux pour essayer de faire ce diagnostic avant l'intervention ?

L'hystérographie et la cystographie pourraient rendre des services dans certains cas.

La première montrerait une cavité utérine nor-

male, non déformée par une tumeur. Mais cette constatation permet tout juste de dire qu'il ne s'agit pas d'un fibrome intra-pariétal ou sous-muqueux.

La cystographie, serait peut-être plus utile, en montrant la dépression qui forme la tumeur sur la paroi vésicale antérieure. Combinée à l'hystérographie, et sur un film de profil, elle permettrait de saisir les rapports particuliers qu'affecte la tumeur avec la vessie et l'utérus.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de ces tumeurs est très longue surtout si l'on tient compte du temps pendant lequel elles restent latentes et inconnues. C'est une évolution essentiellement benigne et les seules complications qui peuvent survenir sont celles liées à l'accroissement extrême de certaines tumeurs et aux troubles de compression qu'elles déterminent.

Cependant elles peuvent, dans certaines conditions, devenir moins inoffensives. En cas de grossesse, elles peuvent être cause de dystocie. Elles pourraient favoriser (affaiblissement de la paroi) ou compliquer des hernies, en particulier des hernies ombilicales. Aussi, l'intervention chirurgicale est à recommander de façon précoce.

On n'a pas vu de cas de récidive : nos exemples cliniques, il est vrai, ne sont pas assez nombreux pour en juger. Mais comme dans tous les fibromes, les éléments cellulaires pourraient se transformer et récidiver en se comportant alors comme des tumeurs malignes.

OBSERVATIONS

Après de longues recherches dans la littérature médicale nous n'avons pu trouver que sept observations sur les fibromes de l'espace de Retzius, qui viennent compléter en quelque sorte, notre travail. Il se peut qu'il existe d'autres observations ou d'autres cas qui n'ont pas été publiés et qui ont pu échapper à nos recherches ; nous nous excusons de ne pas pouvoir apporter une documentation plus complète.

Obs I. — (*Inédite.* Cas opéré par M. le Dr Cadenat).

Mme L., née Th..., 52 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 16 octobre de 1934, pour une grosse tumeur abdominale.

Il y a cinq ans, la malade observe que son abdomen augmente de volume. En même temps, elle voit son ombilic faire hernie ; cette hernie est apparue progressivement.

La malade n'accuse de plus, que de la dyspnée d'effort : sensation d'étouffement lorsqu'elle prend la position déclive. Elle ne fait pas attention à ces troubles qu'elle attribue à la ménopause qu'elle a eu le mois d'octobre 1933.

Le 10 mai 1934 elle eut une métrorragie de même type que ses règles. Le 10 juillet nouvelle métrorragie, puis encore une le 9 septembre dont la durée a été de 8 jours.

Ce n'est qu'à ce moment qu'elle ressent quelques petits troubles qui modifient de peu la scène antérieure :

— douleurs sourdes à type de pesanteur,

— sensation de poids abdominal.

Pas de température ni aucun autre signe à faire remarquer.

C'est à ce moment qu'elle consulte un médecin, qui l'envoie dans le service avec le diagnostic de fibrome.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Plusieurs crises de coliques hépatiques. 8 enfants bien portants. 3 fausses couches.

Examens. — Examen de l'abdomen :

Volumineuse masse médiane remontant jusque près du rebord costal et descendant jusqu'au pubis, rénitente à la palpation et mate à la percussion. La masse est difficilement mobilisable. Il existe une petite hernie ombilicale.

Toucher vaginal. — Col un peu gros, regarde en bas et en arrière. Le corps utérin semble constitué par la masse perçue par l'abdomen, mais celle-ci ne pouvant guère se mobiliser on ne peut sentir si les mouvements se transmettent au col. Dans le cul-de-sac gauche, petite masse légèrement sensible.

Examen général : T. A. : 16,5 — 10,5.

Urée sanguine : 0,58.

Numération globulaire : hématies 4,020,000 ; leucocytes 8,800 avec formule normale.

Hémoglobine : 80 %.

Opération. — Opération, le 18 octobre 1934. Opérateur Dr Cadenat.

Anesthésie au Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale avec débridement vers le haut circonscrivant la hernie ombilicale. Résection

de l'épiploon adhérent au sac. La tumeur se présente comme un kyste de l'ovaire avec les particularités suivantes

1° Le feuillet antérieur qui la recouvre et que l'on croit d'abord être le péritoine, présente des grosses veines dilatées.

2° Le kyste lui-même est très adhérent à ce feuillet et pour l'extérioriser, avec peine, on doit prolonger l'incision jusqu'à l'appendice xyphoïde. On s'aperçoit alors qu'il n'est développé ni sur l'ovaire ni sur le para-ovaire. Utérus normal ainsi que les annexes, mais dans la région prévésicale (Reg. de Retzius) on peut l'enlever en restant au contact de la tumeur et sans avoir le moindre pédicule à lier.

Le kyste enlevé, on constate qu'il est développé dans la loge prévésicale, immédiatement derrière la paroi, dans la région de la cavité de Retzius.

La paroi est limitée en arrière par la vessie et le péritoine décollé. Latéralement elle s'étend derrière les muscles droits.

On capitonne cette énorme cavité en plusieurs plans.

On suture le péritoine de la région au muscle droit et l'on termine en fermant la paroi comme d'ordinaire, aux fils de bronze.

Examen de la pièce. — La tumeur a le volume d'un gros melon.

Dès l'ouverture de la poche, il s'écoule un liquide citrin qui se prend très rapidement en gelée.

Le kyste est constitué de tissu colloïde et contient des logettes dans lesquelles se trouvait ce liquide citrin.

Examen Histologique (Dr Moulonguet).

Fibro-myome, orgine vésicale ou ouraque, en nécrose colloïdo-kystique. Rien de suspect.

Examen du liquide :

Dépôt enhiste, aucune cellule visible dans le liquide. Pas de germes.

Suites opératoires. — Simples. Sort guérie le 26 novembre après un léger incident de la paroi (abcès).

Obs. II. — (Marcel Sénéchal, Robert Sénéchal et Marcel Meric, 1935).

La pièce que nous avons l'honneur de vous présenter a été obtenue opératoirement.

Prélevée sur une femme de 47 ans, non ménauposée et dont les règles sont un tout petit peu plus abondantes qu'elles ne l'étaient naguère, sans perte intermédiaire d'aucune sorte et sans aucun passé pathologique.

Elle a un fils parfaitement bien portant.

Elle-même ne présente aucun malaise et est venue nous consulter parce qu'elle éprouvait une gêne digestive après les repas et que son fils a attiré l'attention en constatant que son abdomen prenait des proportions inquiétantes.

Aucun symptôme urinaire.

A l'examen : Ventre volumineux, globuleux, laissant percevoir à la palpation une masse dure, sousjacente à la paroi musculaire remontant un peu au-dessus de l'ombilic, s'etendant également dans les deux flancs, un peu plus à droite cependant.

Au toucher : Col petit, haut situé, utérus en antéversion normale, culs-de-sac parfaitement libres.

Au toucher combiné au palper : La masse abdominale semble faire corps avec le fond de l'utérus.

Diagnostic. — Fibrome. Indication opératoire.

L'opération est pratiquée au début de décembre 1934.

Opération. — Incision cutanéo–aponévrotique, transversale, curviligne.

A l'ouverture du ventre, après écartement des droits on est surpris de ne pas pénétrer d'emblée en péritoine libre et de se heurter à la masse incluse dans le tissu cellulaire péritonéal. Celle-ci se montre plus grosse qu'une tête d'adulte, et, en la libérant progressivement, on constate qu'elle repose en bas sur la vessie et remonte en haut au delà de l'ombilic.

Petit à petit on fait prudemment le tour, dans un clivage essai à la main, et l'on est tout surpris d'être parvenu à l'extériorisier sans avoir à aucun moment ouvert le péritoine : on a simplement pincé et lié un très petit pédicule vasculaire pénétrant la tumeur en bas et à gauche de la face antérieure ; mais au cours du clivage on a rompu un lacis très important de veinules dont l'hémostase individuelle est irréalisable.

La tumeur est recueillie aussi facilement que l'on extrait un noyau hors du fruit.

L'hémostase est réalisée par une mèche tassée dans la cavité de Retzius.

Fermeture plan par plan laissant la mèche.

Les organes génitaux examinés par palpation en les coiffant du péritoine sont reconnus normaux. A peine perçoit-on de très petits boyaux fibreux sur l'utérus, qui, étant donné le voisinage de la ménopause, font rejeter l'hystérectomie.

Suites opératoires. — Bonnes. La mèche est retirée progressivement du 4 au 6e jour après opération. La malade quitte la maison de santé le 10e jour.

Examen de la pièce. — Poids de la tumeur, 2 kg. 800.

Elle se présente sous la forme d'un volumineux galet de mer, aplati, ovoïde, petit bout en bas mesurant 25 centimètres dans son plus grand diamètre horizontal et 21 centimètres dans son diamètre vertical.

Epaisseur maximum : 7 centimètres.

Elle est à peu près lisse, entièrement encapsulée et présente à la coupe macroscopique de nombreuses lacunes renfermant un abondant liquide séreux légèrement hématique.

Coupe histologique. — Les coupes examinées sont constituées par des trousseaux de fibres musculaires lisses coupées dans tous les sens. Elles se disposent fréquemment autour d'axes vasculaires et parfois semblent être l'expansion même des média de ces vaisseaux. Les éléments de ces

trousseaux sont minces, moins colorables que les fibres-cellules normales et se rapprochent des images qu'on rencontre dans les myomes. Ces trousseaux musculaires sont fréquemment dissociés par l'œdème. En certains points il existe un hyperplasie fibreuse allant jusqu'à la sclérose.

En somme de par la topographie et les caractères cytologiques de ces formations il semble bien que l'on soit ici en présence d'un fibro-myome type, dont le stroma est légèrement œdémateux, parfois scléreux, et qui ne possède en aucun point d'image de dégénérescence maligne.

Obs. III. — (A. Rossi, 1909).

Pellegrino P..., 70 ans, cultivateur, est reçu d'urgence au Real Spedale di Pescia, la nuit du 7 mars 1907.

Voici en résumé son histoire :

Le malade souffrait depuis une trentaine d'années d'une hernie inguinale droite, facilement réductible jusqu'alors et facilement retenue en place par un bandage.

Aujourd'hui il rentre d'urgence pour étranglement de la susdite hernie.

Examen. — Sur la région inguinale droite on observe une considérable tuméfaction, ovoïde, qui de la moitié du pli inguinal, descend jusqu'à la partie la plus haute de la région scrotale.

Légère inflammation de la peau.

Pas de modification à la toux.

Au palper elle est uniforme, lisse et chaude.

Examen de l'abdomen .— Son tympanique partout excepté à l'hypogastre, où sur le pubis existe une zone de matité correspondant à une énorme distension vésicale (?) distension qui est appréciable à l'inspection et à la palpation. On sonde le malade, on ne retire qu'un litre d'urine trouble, très fétide.

Opération. — Anesthésie locale à la Stovaïne.

Ouverture de la paroi ; technique habituelle.

Du pus sort en abondance à l'incision du sac.

Contre le cordon, à sa partie la plus interne, une tumeur se présente avec une extrémité arrondie, de couleur bleuâtre et qui donne d'abord l'impression d'un diverticule de la paroi intestinale. Je saisis le supposé diverticule pariétal et je tâche, avec délicatesse, de l'attirer en dehors, il oppose de la résistance et je m'aperçois alors, de sa consistance charnue et dure.

Une plus forte traction réussit à décoller cette tumeur et je puis alors la contourner avec le doigt avec lequel je détache les adhérences qu'elle partage avec la partie interne du sac ; elle présente la forme et le volume d'un œuf un peu aplati latéralement et attaché au sac, par un pédicule très court, mais gros.

On lie le pédicule. On coupe au thermocautère.

Quelques jours après, le malade meurt de péritonité.

Nécropsie. — On cherche le siège d'implantation de la tumeur. Celui-ci se trouve entre la limite de la coupole vésicale et la paroi abdominale, tout de suite en dedans du cordon oblitéré. La surface de résection n'est pas encore dépouillée de la scare produite par le thermocautère. Le pédicule s'élève à moins d'un centimètre sur le niveau du péritoine. En sectionnant sagittalement toute l'épaisseur du pédicule et le tissu mou où il s'insère, on reconnaît suffisamment comme du tissu conjonctif fibreux dont la tumeur semble être constituée.

En allant vers la profondeur du tissu cellulaire lache, très diminué, qui comble la portion sous-pubienne de l'espace de Retzius, le passage du connectif fibreux au cellulaire lache, est presque insensible.

Examen de la pièce. — La tumeur est plutôt résistante à la coupe, non croissante.

La surface de section conduite selon le plus grand axe de la tumeur, se présente d'une couleur jaunâtre, non uniforme.

A la périphérie de la tumeur et dans le pédicule, le tissu a un aspect presque homogène du connectif fibreux, stratifié brillant.

A la partie centrale : plusieurs lobules de graisse de grandeur variable, séparés par du tissu connectif entrelacé.

Le pédicule est très court et apparaît parcouru longitudinalement de plusieurs vaisseaux de calibre variable et reconnaissables à l'œil nu.

Pas de foyer d'hémorragie.

Structure histologique. — Tissu connectif fibreux, plus, tissu adipeux.

Le connectif fibreux forme à la périphérie une couche stratifiée avec infiltration péri-cellulaire.

Dans le corps de la tumeur le connectif fibreux forme des grandes traverses circonscrivant plusieurs alvéoles. Le connectif présente peu de faisceaux fibreux denses ; dans la plupart il semble constitué par un réseau à travées irrégulières lesquelles logent des nombreuses cellules conjonctives aux différents stades d'évolution.

Parfois petites, à noyaux ronds, d'autres à noyaux ovales, d'autres fusiformes à noyaux allongés présentant l'aspect de fibroblastes.

Lobules adipeux en voie de transformation fibreuse.

Quelques lobules de graisse normaux.

Obs. IV. — (Léon Bonnet, 1921, Montpellier).

Mme L..., 32 ans, entre le 17 mai 1896.

Réglée à 16 ans. Mariée à 20. A eu cinq enfants.

Elle s'est aperçue il y a deux ans, d'une tumeur ayant le volume double d'un œuf, occupant la ligne médiane au-dessus du pubis. Depuis deux mois la tumeur s'est accrue rapidement.

Cette tumeur est arrondie, fait une saillie peu marquée en avant. Elle s'étend de l'ombilic jusque près du pubis.

Toucher vaginal. — La tumeur fait forte saillie dans l'excavation. Utérus rétroversé. Le doigt à travers la paroi vaginale peut soulever la tumeur. On constate une fixité relative de la partie inférieure de la tumeur à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pubis.

Légère mobilité transversale, peu ou pas diminuée par la contraction des droits. La tumeur n'est certainement pas incluse entre les plans musculaires.

Opération : Le 27 mai.

Incision sur la ligne médiane.

Tumeur en arrière de la gaine des deux droits, adhérente au péritoine fenêtré à la partie supérieure de la tumeur.

M. le professeur Tedenat, désinsère les deux muscles droits dont les fibres restent indépendantes de la tumeur.

Tumeur s'implantant sur les plans fibreux rétro-symphysaires.

Suture de la brèche péritonéale.

Suture de la paroi.

Examen de la pièce. — La tumeur est un fibrome type avec quelques ilôts rouges, mous, peut-être sarcomateux.

Etat général parfait 10 ans après l'opération.

Obs. V. — (Le Bard, 1877).

Marie M..., âgée de 27 ans entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Fochier. Cette femme qui habite la campagne est robuste et présente toutes les apparences d'une bonne santé. Mariée depuis 6 ans, elle a eu une seule fille, actuellement âgée de cinq ans, bien portante, l'accouchement a été facile et les suites des couches fort simples.

Elle présente une tumeur située dans la région hypogastrique qui a débuté il y a dix-huit mois environ. Le dé-

veloppement a été lent, régulier, sans présenter des rapports avec la menstruation d'ailleurs normale et sans avoir occasionné des troubles fonctionnels du côté des organes de l'abdomen.

Depuis quelques semaines seulement elle sent quelques douleurs irradiées dans le pli de l'aine et sur la face antérieure de la cuisse.

La tumeur est située sur la ligne médiane, assez exactement symétrique, globuleuse, remontant jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et débordant la ligne médiane de 4 centimètres environ de chaque côté, un peu plus à droite qu'à gauche. Elle est dure, immobile et paraît adhérente au pubis par sa partie inférieure.

Non seulement la peau glisse facilement sur elle, mais on constate que les muscles grands droits passent au devant d'elle.

Le toucher. — Montre que la tumeur se prolonge derrière la symphyse pubienne faisant une saillie notable lorsque le doigt déprime la paroi vaginale supérieure. M. Fochier porte le diagnostic de fibrome aponévrotique intra-pariétal situé dans la cavité de Retzius, entre les muscles grands droits et péritoine.

Aussi, en présence de l'accroissement continu de la tumeur et de l'âge de la malade, il décide l'extirpation.

Opération : le 29 mai.

Après une incision sur la ligne médiane remontant de l'angle du pubis jusqu'à la limite supérieure de la tumeur, on ouvre la gaine des muscles droits et ceux-ci sont rejetés vers les parties latérales ; on constate alors que la tumeur n'est adhérente qu'à leurs tendons d'insertion, où elle paraît avoir pris naissance, aussi bien que dans la ligne blanche, de sorte qu'à sa partie inférieure, la tumeur présente une large base fixée au pubis sur une grande étendue.

Ce développement de la tumeur dans les tendons des grands droits oblige à sectionner le faisceau musculaire qui

par le fait s'insère sur la tumeur. La base se prolonge plus loin à droite et son dégagement nécessite la ligature de l'épigastrique près de sa naissance.

L'énucléation se termine facilement après section du pédicule. Le fond de la plaie est formé par le fascia transversalis entamé sur quelques points et laissant voir la graisse sous-péritonéale.

A la partie inférieure, le pubis est dénudé sur une étendue de 3 centimètres environ, quoique l'origine de la tumeur fût aponévrotique et non périostique.

Un drain est placé circulairement sur les limites de la plaie et la peau réunie par une suture enchevillée sauf à la partie inférieure de l'incision qui laisse passer les deux bouts au tube de drainage.

Suites opératoires. — Forts simples. Le tout marche rapidement vers la guérison sans autre incident à noter que des envies fréquentes d'uriner dues à la gêne apportée à la distension vésicale, qui d'ailleurs cessèrent avant le départ de la malade pour faire place à une miction normale.

Obs. VI. — (Bouilly-1880).

La nommée M., âgée de 45 ans entre le 23 juillet 1878 à l'Hôpital Temporaire dans le service de M. Legroux.

Cette femme a joui jusqu'alors d'une excellente santé. Elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches. Ses règles apparues pour la première fois à 18 ans ont été toujours régulières, mais étaient abondantes, ne durant pas moins de cinq à six jours et étaient un peu douloureuses.

Il y a un mois environ, la malade au moment d'une époque menstruelle fit l'imprudence d'aller au lavoir. Ses règles se supprimèrent, des douleurs du ventre et des vomissements apparurent qui la forcèrent à garder le lit pendant près de trois semaines. Au bout de quelques jours de repos, les règles réapparurent et n'ont pas cessé depuis.

C'est pour cette métrorragie et pour l'état anémique qui en a été la conséquence, que la malade demande son entrée à l'Hôpital.

En procédant à l'examen du ventre, on constate la présence d'une tumeur dont la malade ignorait absolument l'existence. C'est tout au plus si elle s'était aperçue que son ventre augmentait de volume depuis quelques mois, en tout cas, elle affirme positivement que cette tuméfaction est de date plus ancienne que la récente suppression des règles.

La tumeur est située au-dessus du pubis, sur la ligne médiane. Elle est du volume d'une tête de fœtus. Sa consistance est celle d'une tumeur fibreuse, c'est-à-dire, qu'elle est dure, et peu renitente ; sa surface ne présente pas de bosselures ni même des irrégularités bien appréciables. Elle n'est pas douloureuse à la pression. On la limite très aisément en déprimant autour d'elle la paroi abdominale et on peut même la poursuivre avec l'extrémité des doigts jusqu'en arrière de la symphyse du pubis. De plus, on lui imprime facilement des mouvements de latéralité peu étendus, c'est vrai, mais cependant très nets en la déplaçant en masse. On croyait déjà avoir à faire à une tumeur fibreuse de l'utérus quand on pratiqua le toucher vaginal : Le col est porté très en arrière, mou est presque effacé. En avant de lui se trouve la tumeur dont les mouvements imprimés par les doigts se transmettent facilement à la main, appuyée sur l'abdomen. Quant à l'utérus, il conserve une certaine mobilité et ses mouvements sont indépendants de ceux de la tumeur. De plus, pendant l'examen, on est frappé par une sensation particulière qu'éprouve le doigt : il semble qu'entre lui et la tumeur, il y ait une sorte de place mollasse, dépressible, demi-fluctuante. On pratique alors le cathétérisme. On remarque que la sonde se dirige presque verticalement et qu'elle doit contourner la tumeur qui fait saillie dans le vagin. En effet, en introduisant de nouveau le doigt

dans cette cavité on sent la sonde dans toute son étendue. La tumeur, a n'en pas douter est donc indépendente de l'utérus et siège en avant de la vessie, probablement dans la cavité de Retzius.

L'urine retirée par sonde est un peu fétide, ammoniacale comme si elle avait séjourné dans la vessie. Toutefois la malade n'a jamais eu des troubles de la miction.

On prescrit un traitement ergotine.

Soit sous l'influence seule du repos, soit sous l'influence de l'ergotine, la tumeur a notablement diminué. Au moment où la malade quitte l'hôpital, le 20 août, la tumeur n'a plus, à peine que le volume d'un poing. Elle a d'ailleurs conservé tous ses caractères extérieurs de forme et de consistance.

Obs. VII. — (Professeur Verneuil, 16 mai 1880).

Il s'agit d'un homme de 55 ans environ entré dernièrement dans le service pour une tumeur abdominale dont le diagnostic ne laisse point d'être fort incertain.

Cet homme vigoureux, d'une excellente santé habituelle s'aperçut il y a quinze mois de la présence, un peu à droite et au-dessus de l'ombilic, d'une tumeur du volume d'une grosse noix environ, survenue sans cause et sans que le moindre traumatisme ait pris part à sa naissance. Peu à peu sans grande douleur et sans que l'état général en souffrit beaucoup elle prit un accroissement notable au point qu'aujourd'hui elle occupe les trois quarts de l'abdomen.

Un simple coup d'œil permet de voir que la paroi abdominale est soulevée par une tumeur volumineuse étendue depuis le pubis derrière lequel elle descend jusqu'au deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; à droite et à gauche elle se prolonge vers les flancs, mais surtout à droite.

A la palpation, cette tumeur paraît superficielle, mamelonnée par grosses masses dures, de consistance fibreuse, sans la moindre fluctuation ou rénitence en aucun point.

Les limites supérieures sont nettement perceptibles ; on sent un bourrelet arrondi, grossièrement mamelonné. Latéralement ses limites sont diffuses ; en bas, la tumeur pénètre dans l'excavation pelvienne. On ne perçoit aucun battement sa masse n'est point complètement immobile et on peut lui imprimer quelques légers mouvements de latéralité, mais forts limités, peut-être par l'existence de brides fibreuses.

Deux points restent à noter dans cet examen local :

— dans le scrotum il n'y a qu'un seul testicule ;

— au niveau de l'ombilic, la cicatrice est large et a dû à un moment donné, laisser passer quelque point d'hernie.

Ces anomalies font passer dans l'esprit deux hypothèses. On pourrait évidemment songer à une tumeur testiculaire ectopique, comme j'ai eu il y a 3 ans l'occasion d'observer un fait, ce n'est certainement pas le cas ici. D'autre part, au voisinage des hernies ombilicales on voit quelquefois se former une tumeur pari-ombilicale, par suite d'adhérences multiples entre les circonvolutions intestinales et l'épiploon ; ici la tumeur est trop dure, trop volumineuse et les antécedents s'opposent du reste à cette hypothèse.

Qu'elle est la nature de cette tumeur ?

Telle est la première question à resoudre.

En raison de sa forme et de sa consistance il n'y a guère que deux hypothèses : le cancer et le fibrome.

Le cancer doit, je le crois, être éliminé de suite ; l'état général, la marche, etc., me font rejeter ce diagnostic.

Reste donc la tumeur fibreuse qui me paraît le mieux être en rapport avec les signes locaux et généraux. Mais s'il s'agit d'une tumeur fibreuse, quel est le siège ? quels en sont les rapports ?

La tumeur est-elle intra-abdominale ou plutôt intra-péritonéale ? Je ne le crois pas ; chez l'homme, les tumeurs fibreuses intra-abdominales doivent être, si elles existent, forts rares.

Je vous ai dit que je repoussais l'idée d'un cancer ; si la tumeur était intra-abdominale, il faudrait admettre un cancer du grand épiploon ; mais au-dessus d'elle, la cavité abdominale est libre, sonore, il n'y a point d'ascite ; aussi suis-je conduit à placer le siège de la tumeur dans l'épaisseur des parois abdominales elles-mêmes. Vous savez qu'on a noté plus d'une fois l'existence des fibromes de la paroi abdominale. J'en ai moi même observé un cas dans lequel il est vrai, la tumeur adhérait au bord supérieur du pubis. Ordinairement leur développement est unilatéral et se fait tantôt à droite tantôt à gauche. Je repousse donc, par ce seul fait, l'existence d'un fibrome né du périoste des os du bassin. S'agit-il, d'une tumeur fibreuse née dans la gaîne aponévrotique des muscles droits ? Je ne le crois pas non plus, car ici encore la tumeur serait unilatérale refoulerait plus ou moins la ligne blanche qui ne cède que difficilement.

Toutes ces considérations me conduisent à placer cette tumeur dans une cavité virtuelle il est vrai, située dans la couche la plus profonde de la paroi abdominale, je veux parler de la cavité de Retzius. En un mot, je crois qu'il s'agit là d'une tumeur fibreuse qui remplit et distend la cavité de Retzius.

Obs. VIII. — Fibro-myome volumineux développé au dépens de la vessie dans le grand et le petit bassin ayant opposé à l'accouchement un obstacle très grand. Mort.

Par le Professeur C. Faye de Christiania (*Nord Médical*, nº 10, 1871).

Nécropsie. — Tumeur du volume de la tête d'un adulte, oblitérant en grande partie le détroit supérieur, plongeant par son tiers inférieur dans le petit bassin. Partie supérieure faisant un relief de 12 centimètres au-dessus du bassin ; tumeur développée entre fascia transversalis et le péri-

toine ; nettement limitée, légèrement lobulée et inégale à sa surface, de consistance solide presque fibreuse.

18 à 19 centimètres de long sur 16 à 17 centimètres de large.

En bas, prolongement de la grosseur d'un œuf le long de l'urètre. La tumeur siégerait surtout à droite. Organes du bassin déprimés vers la gauche, vessie refoulée en arrière, adhérences certaines avec la tumeur.

Fibro-myome sans connexions avec l'utérus et ses annexes, développé très probablement aux dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal.

CONCLUSIONS

I. — La localisation des fibromes dans l'espace de Retzius est une des plus rares localisations de ces tumeurs.

II. — On les observe aussi bien chez l'homme que chez la femme mais avec une prédominance beaucoup plus marquée chez cette dernière.

III. — Au début, sa symptomatologie est fruste et peu de signes peuvent donner la clef du diagnostic.

IV. — Plus tard, ils peuvent être agents de compression dans certains cas, causes de dystocie dans d'autres.

V. — Le diagnostic serait donc très délicat et l'erreur fréquente avec les fibromes utérins.

VI. — Actuellement l'hystérographie et la cystographie permettraient, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de faire le diagnostic clinique de ces tumeurs.

VII. — Nous ne pensons pas qu'il y ait un tissu, ni une origine spéciale pour ces tumeurs. Elles ne font pas exception à la pathogénie des autres fibromes et seul leur siège spécial et leur grande rareté aussi, leur confèrent un caractère spécial. Les fibromes de l'espace de Retzius ne s'écartent donc pas de la règle générale des fibromes et nous ne devons pas nous étonner de voir ces tumeurs se développer dans une partie quelconque de l'organisme. En effet, quelle que soit l'hypothèse pathogénique à laquelle on s'arrête quel que soit le mécanisme embryologique de la formation de l'espace de Retzius et de l'aponévrose ombilico-prévésicale (accolement ou déplissement péritonéal) il n'en reste pas moins qu'à l'état adulte l'espace de Retzius est rempli d'un tissu celluloconjonctif apte à subir la métaplasie fibreuse.

Vu : *Le Doyen*,
ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse*,
CUNÉO

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bazy. — Note sur l'existence de ganglions lymphatiques dans la cavité de Retzius. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris.* N. S. XXV, 805-807, 1899.)

Bonnet (L.). — Thèse Montp., 1921.

Bouilly (G.). — Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévesicale. Thèse de Paris (Agrégation, 1880).

Castanedo y Campos. — Du phlegmon de la cavité de Retzius. (Thèse Paris, 1878.)

Cimino (T.). — Voluminoso flemmono ligneo del cavo di Retzius simulante un neoplasma della vesica. (*Acc. de Sc. Med. in Palermo*, 1913-1915.)

Cotte. — Abcès de la cavité de Retzius. (*Gaz. Hôpitaux*, Paris 1905. LXXVIII, 579-586.)

Cunéo et Veau. — De la signification morphologique des aponévroses péri-vésicales (*Journal d'Anatomie*, 1899).

Delbet (Paul). — Anatomie chirurgicale de la vessie, 1895.

Ernest-Michels. — Note à la Société Royale de Médecine et Chirurgie, sur les abcès prévésicaux, 1896.

English (J.). — Wiener clinique 1889. 7 cas de phleg. dans cavum Retzius.

Escat. — Phlegmons de la cavité de Retzius. (*Marseille Médical* 1908, X/V 116.)

Fredet. — Développement du péritoine. In anatomie Poirier.

Fuller (E.). — Symptômes cliniques de l'inflammation prévésicale chronique. (*Medical Record*, avril 1895.)

Faye (C.). — Fibro-myome volumineux développé au dépens de la vessie dans le grand et le petit bassin ayant opposé à l'accouchement un obstacle très grand. Mort. (*Nord Médical*, n° 10, 1871).

Gasbarnini (A.). — Cisti da echinococco dello spazio del Retzius. (*Riforma Medica*, Napoli 1909, 932-935.)

Gerardini. — Recherches de la cavité de Retzius et sur son inflammation (4e, Paris, 1879).

Gerandie (P.). — Contribution à l'étude pathologique des phlegmons de la cavité de Retzius (Montpellier, 1903).

Groning (F.-S,-H.). — Ueber Erkankungen im praevesikalen Raum (Cav. Retzi) (8, Berlin, 1911).

Goinard et Curtillet. — Hematome of Retzius cavite with yellow umbilical spot (*Bull. Med. Paris*, 48-38, janv. 1934).

Guyon. — Collections liquides prévésicales. (*Gaz. des Hôpitaux Paris*, 1891, XIV, 1262.)

Hassler (C.). — Ueber die idiopathische Entzündung etc. Cavité Retzius.

Hansell (B.). — Ueber die Abcesse des spatino praevesicale. (*Beitz. Klin. Chirg. Trib.*, 1904.)

Karhausen. — Carcinome de la cavité de Retzius, simulant une grossesse. (*Bruxelles Médical*, n° 9, 1934.)

Le Bard. — Fibrome aponévrotique de la paroi abdominale antérieure. (*Lyon Médical*, 1877.)

Marty (P.). — A propos de quelques cas de phlegmons de la cavité de Retzius. (Thèse Paris, 1910).

Ombredanne. — Les lames vasculaires du petit bassin. Thèse Paris.

Polaillon. — Statistique des affections chirurgicales du tronc, 1896.

Reygasse. — A propos de l'origine infectieux lymphatique des phlegmons de la cavité de Retzius. (*Languedoc Med. Chirurgie*, XIII, 19-25, Toulouse 1905.)

Rossi (A.). — Slulo strozamiento erniario di un tumore a sviluppo endo-abdominale dello spazio prevesicale di Retzius. (*Riforma Medica*, Napoli 1909, 1245-1249.)

Rouvière. — Traité d'Anatomie. Description de la cavité de Retzius.

Richter. — Sur un cas d'echynoccoque de l'espace de Retzius. (*Journal de chirurgie* de Christian Loder) 1797, t. I.

Senechal (Marcel) et (Robert) et Meric (Marcel). — Volumineux fibro-myome de la cavité de Retzius. (*Annales Anatomie Pathologique*, Paris, mars 1935).

Stefanescu (S.). — Phlegmon al cavitatei lui Retzius. (*Rev. de Chirurgie*, Bucarest, 1900, 228-230.)

Ternet (A.). — La cavité de Retzius et sa pathologie. (*Arch. Gen. de Médecine*, Paris 1897, p. 187-601.)

Verneuil. — Tumeur fibreuse de la cavité de Retzius. Mai 1880.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. Bussière. — 1-10-1935.